Elephantiasis vulvae

nebst einem Beitrag zur Statistik der in den Jahren 1884 bis Dezember 1895 in der Münchener Frauenklinik behandelten Neubildungen der vulva.

Inaugural-Dissertation,

verfasst und der

Hohen medizinischen Facultät

der

Kgl. Bayrischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

zur Erlangung der

Doctorwürde in der gesammten Medizin

vorgelegt von

RICHARD HULDSCHINER

aus

GLEIWITZ.

1895.

Im Selbstverlage des Verfassers.

Buchdruckerei Josef Ferrari vorm. B. Reinmann, Bozen.

Referent:

HERR GEHEIMRATH PROF. DR. VON WINCKEL.

Meinem lieben Onkel

JAKOB HULDSCHINER

in treuer Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Unter der Bezeichnung „Elephantiasis“ hat man in früheren Jahren, bevor noch das Mikroskop seine entscheidende Rolle spielte, als man sich noch damit begnügen musste, die Diagnose im wesentlichen nach dem makroskopischen Bilde und den die Krankheit begleitenden Symptomen zu stellen, eine grössere Reihe von ganz verschiedenen Processen zusammengefasst, was natürlich dem Bestreben, Klarheit in das Wesen dieser besonders im Orient sehr verbreiteten Krankheit zu bringen, nur hinderlich sein konnte.

Zunächst schied man nicht streng zwischen Elephantiasis Arabum und Elephantiasis Graecorum, welche letztere eine endemische, constitutionelle, auf der Haut, den Schleimhäuten, den innern Organen durch fleckige, knotige und geschwürige Bildungen characterisierte, deletäre Krankheit ist, der Aussatz, die „Maltzey“ der deutschen Autoren des Mittelalters (Kaposi). Erst am Ende des vorigen Jahrhunderts (Hillary 1776) wird eine zutreffende Beschreibung der von uns heute allein als Elephantiasis bezeichneten Krankheit veröffentlicht, in der zum ersten Male ausgesprochen wird, dass sie mit dem Aussatz — der Lepra Arabum — nichts zu thun habe, wiewohl derselbe von verschiedenen arabischen Aerzten, oder vielmehr deren Uebersetzern „Elephantia“ genannt wurde.

Trotz alledem und trotz der ergänzenden Schriften von Hendy und Rollo blieb die alte Unklarheit immer noch bestehen. Die Feldzüge Napoleons in Aegypten führten eine Reihe von wissenschaftlich gebildeten Aerzten nach diesem Hauptsitz der Elephantiasis, es mehrten sich die Beobachtungen, so dass ein umfassendes Bild des Leidens aufgestellt werden konnte.

Aber erst in den letzten Decennien des 19. Jahrhunderts fanden unsere Kenntnisse der Elephantiasis ihre sichere Begründung durch die Arbeiten der pathologischen Anatomen. Besonders haben Rokitansky, Simon, Teichmann, Billroth, Bryk und vor allem Virchow zur Klärung des Wesens der früher so geheimnisvollen Krankheit wesentlich beigetragen.

Aber so umfangreich jetzt die Litteratur über Elephantiasis ist, so viele hervorragende Autoren sich schon damit beschäftigt haben, ist noch immer so manches, besonders die Aetiologie des Leidens nicht ganz klar und wird sich vermutlich das klinische Bild der Elephantiasis, deren einziges Characteristicum ja die enorme Volumzunahme der befallenen Teile ist, mit der Zeit in eine Anzahl aetiologisch und vielleicht auch anatomisch verschiedener Krankheitsprocesse auflösen.

Was die Verbreitung der Elephantiasis anlangt, so herrscht dieselbe endemisch in fast ausschliesslich den Tropen angehörigen Gegenden, auf Inseln und Küstenstrichen. Nach Hirsch sind vorzugsweise davon befallen:

1.) Vorderindien und die Inseln des indischen Archipels,
2.) Arabien, Aegypten, viele Provinzen des afrikanischen Kontinents und eine Anzahl der zugehörigen Inseln,
3.) Central-America.

So waren z. B. im Jahre 1857 von 48.600 Einwohnern eines indischen Landstrichs 2133 an Elephantiasis erkrankt.

Bei uns tritt das Leiden nur sporadisch auf; die darüber veröffentlichten Statistiken scheinen insofern nicht ganz erschöpfend zu sein, als jedenfalls eine grosse Zahl von Fällen gar nicht zur Kenntnis des Arztes kommt. Wenn nämlich die elephantiastische Schwellung nur unbedeutend ist und keinen progredienten Charakter trägt, so sind auch die dadurch hervorgerufenen Beschwerden so gering, dass der Patient vielleicht gar keine Idee von seinem Leiden hat und der Arzt infolge dessen auch nicht in die Lage kommt, sich damit zu beschäftigen.

Gewöhnlich entsteht die Krankheit auf der Höhe der geschlechtlichen Entwicklung, zwischen dem 20. und 40. Jahre, selten vor dem 15. Jahre, wenngleich auch Berichte vorliegen, wonach der Beginn in das 5., 6., ja bis in das 3. Lebensjahr zurückdatiert werden konnte, und selbst einige Fälle von congenitaler Elephantiasis beschrieben sind. Im Gegensatz dazu ist aber auch ein Fall beschrieben (Gurbsky), wo sich bei einer 70jährigen Frau auf der rechten grossen Schamlippe eine elephantiastische Schwellung etablierte.

Nach einer Veröffentlichung von L. Mayer begann das Leiden:

4mal vor dem 15. Jahre,
4mal zwischen dem 18. u. 20. Jahre,
18mal zwischen dem 20. u. 30. Jahre,
8mal zwischen dem 30. u. 40. Jahre,
3mal zwischen dem 40. u. 58. Jahre.

Aehnliches ergiebt sich aus einer Zusammenstellung von Karfunkel (In.-Diss. München 1890), wonach in einer Reihe von Fällen das Leiden begann:

2mal vor dem 15. Jahre,
5mal zwischen dem 18. u. 20. Jahre,
36mal zwischen dem 20. u. 30. Jahre,
10mal zwischen dem 30. u. 40. Jahre,
10mal zwischen dem 40. u. 60. Jahre.

Für 636 Fälle stellte Richards folgende Statistik auf:

Beginn vor dem 15. Jahre bei 7%,
„ zwischen dem 16. u. 20. Jahre bei 26,4%,
„ „ „ 21. u. 26. „ „ 25,6%,
„ „ „ 27. u. 32. „ „ 20,9%,
„ „ „ 33. u. 40. „ „ 13,8%,
„ nach „ 40. „ „ 6,1%.

Das männliche Geschlecht stellt dabei ein grösseres Kontingent als das weibliche und zwar besteht nach Hirsch das Verhältnis von 5 : 2.

Am häufigsten befallen sind die untern Extremitäten und zwar gewöhnlich Unterschenkel und Fuss, dann kommt scrotum, praeputium und schliesslich die vulva. Auch hier

sind oft nur einzelne Teile Sitz der Anschwellung, am häufigsten die grossen Labien, dann clitoris, selten die Nymphen. Aus einer Zusammenstellung von 46 Fällen (L. Mayer) ergiebt sich folgende Statistik. Es wurden befallen:

	In 10 eignen Beobachtungen:	In 36 Beobachtungen andrer:	
ganze vulva	2	1	
lab. maiora	1	7	20
lab. mai. d.	1	6	
lab. mai. sin.	1	4	
lab. mai. et clit.	1	1	
lab. mai. et min.	—	2	
lab. min.	—	3	5
lab. min. d.	—	1	
lab. min. sin	—	1	
clitoris	1	6	
clit. et lab. min.	3	4	

Neben untern Extremitäten und Geschlechtstheilen tritt die Elephantiasis auch am Kopf, der weiblichen mamma, selten an andern Körperstellen auf.

Wir kommen nun zu einem in der Litteratur der Elephantiasis viel umstrittenen Punkt, nämlich der Aetiologie dieses Leidens. Man hat allmählich so viele verschiedenen Ursachen angeführt, dass man sich nur darüber wundern muss, dass die Elephantiasis wenigstens bei uns so selten ist.

Zunächst wird von verschiedenen Autoren eine erbliche Disposition angenommen. So weist Virchow auf den in dieser Beziehung sehr instruktiven Fall von Höppner und Lebert hin: Eine Mutter leidet an Elephantiasis dura ulcerosa beider Beine, deren Töchter im Alter von 12 resp. 14 Jahren, die eine infolge von Erisypelas, die andere nach einer früheren Verbrennung ebenfalls an Elephantiasis erkrankten. Dass, worauf vielfach hingewiesen wurde, an Orten, wo die Elephantiasis endemisch herrscht, oft mehrere Mitglieder derselben Familie von dem Leiden befallen werden, lässt allerdings verschiedene Deutung zu, indem man da anführen könnte, dass in solchen Gegenden die zur Entstehung der Elephantiasis disponierenden

Schädlichkeiten eben auf alle Angehörigen in gleicher Weise einwirken, so dass diese unabhängig von einander erkranken können. Immerhin ist es möglich, dass wie bei andern Neubildungen auch hier die erbliche Disposition eine gewisse Rolle spielt und scheint es daher nicht gerechtfertigt, den Gedanken daran, wie einige Autoren es thun, ganz von der Hand zu weisen.

Für den Orient werden dann besonders auf klimatische und tellurische Einflüsse hingewiesen. Englische Aerzte beschuldigen die Feuchtigkeit der Luft, indem einzelne Individuen zur Regenzeit häufigen Erkältungen ausgesetzt sind und so leicht Entzündungen der Haut und des Gefässapparats acquirieren. Auch das Arbeiten in der Sonne an dumpfig-feuchten Orten wird für gefährlich gehalten. Man hat sogar die Elephantiasis direkt mit der Malaria in Verbindung gebracht, indem sie, wenigstens die Eleph. cruris gewöhnlich mit wiederholt auftretenden fieberhaften Zuständen verknüpft ist, die mit denen der Malaria eine gewisse Aehnlichkeit haben.

Schlechtes Trinkwasser wird von Beobachtern in Indien als aetiologischer Moment aufgeführt, indem die im Wasser lebende filaria sanguinis hominis mit demselben in den Magen, von da aus in die Lymphgefässe kommt und hier Störungen veranlasst, die zu Stauungen und Embolieen führen und nachträglich Lymphgefässectasie mit consecutiver Elephantiasis herbeiführen kann. Wie weit natürlich die endemische Form darauf zurückgeführt werden kann, ist mit Sicherheit noch nicht auszusprechen. Bis jetzt scheint man nur berechtigt, diejenigen Erkrankungen auf diese Ursache zu beziehen, die mit Chylorrhoë einhergehen, wobei sich Bläschen, z. B. auf dem vergrösserten scrotum bilden, die spontan oder beim Anstechen eine coagulable klare, oder aber milchige und chylusartige Flüssigkeit ausfliessen lassen.

Viele Autoren haben auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen Traumen und der Elephantiasis hingewiesen. So führt Mazziotti den Biss eines Seehunds, Fisch die Verletzung durch ein schweres Brett, Pfeiffer den Fall gegen

ein Eisenstück an. Quetschungen der Genitalien durch Sturz von der Treppe, durch das Schieben eines Karrens, schliesslich selbst durch häufig wiederholte rohe Manipulationen von seiten des Ehemannes bei einer Restaurateursgattin wurden als letztes disponierendes Moment angegeben. Das dürfte so zu verstehen sein, dass, wenn durch weiterhin näher zu besprechende Vorgänge das Gewebe seine normale Widerstandsfähigkeit eingebüsst hat, derartige Vorkommnisse schliesslich den letzten Anstoss zur elephantiastischen Wucherung geben können.

In diesem Sinne scheinen auch Traumen mit Nervenverletzung zu wirken, die in einigen Fällen (Vogt, Chelius und Nägele, Recklinghausen etc.) als Ursache der Eleph. angegeben wurden.

Andre geben in vielen Fällen Schuld dem fortwährenden Reiz, der beim Gehen an den Genitalien ausgeübt wird, besonders bei Leuten, die leicht Intertrigo bekommen, was besonders im Orient durch die Hitze, den dadurch hervorgerufenen Schweiss und die damit Hand in Hand gehende Unreinlichkeit begünstigt ist.

Auch Masturbation, überhaupt excessus in Venere werden als begünstigendes Moment genannt.

Neben diesen Entstehungsursachen giebt es nun noch eine Reihe von andern, „die man in sofern unter einem einheitlichen Gesichtspunkt zusammenfassen kann, als sie geeignet erscheinen, in dem an Elephantiasis erkrankenden Teil einen Ueberschuss von Gewebs- resp. Ernährungsflüssigkeiten hervorzurufen, also ein Ueberwiegen derselben wegen mangelhafter Abfuhr bei genügender, wenig herabgesetzter oder gar gesteigerter Zufuhr".

In dieser Weise wirken nach Virchow Erkrankungen der Lymphdrüsen, die den Rückfluss der Lymphe nicht mehr gestatten. Die Folge sei lymphatische Durchtränkung und Hyperplasie der Haut und des Unterhautzellengewebes.

Diese Ansicht hat zunächst entschieden viel Bestechendes; denn das Oedem, d. h. eine an weissen Blutkörperchen reiche Flüssigkeit, die sich in den Gewebsinterstitien auf-

staut, führt nach mikroskopischen Nachweisen (Joung) zu Neubildung von Bindegewebe, direkt, indem die farblosen Zellen proliferierend auswachsen, sich ästig und fasrig verbinden, und indirekt, indem die reichliche Nahrungsflüssigkeit auch die normalen Bindegewebselemente zur Hyperplasie anregen mag. Wäre aber der Verschluss der Lymphbahnen wirklich die Ursache, so könnte die Krankheit nicht so selten sein, als sie es wenigstens bei uns in Wirklichkeit ist. Denn die Anzahl derer, die nach Syphilis stark indurierte Inguinaldrüsen behalten oder diese gar durch Vereiterung verloren haben, ist Legion. Auch kann man, wie es Cohnheim gethan, die Lymphdrüsen in der Kniekehle des Hundes, resp. die grosse Drüse, in welche die Lymphgefässe der Extremität münden, total exstirpieren, ohne dass in Pfoten und Beinen sich irgend welche krankhaften Veränderungen zeigen. Man kann sogar soweit gehen, dass man alle Lymphbahnen vollständig unterbricht. Es scheint, dass in diesem Falle Capillaren und kleinste Venen vicariierend eintreten.

Ist dagegen neben der Lymphstauung noch Hyperämie und somit gesteigerte Lymphsecretion vorhanden, so bleiben bei einem derartigen Versuch krankhafte Veränderungen nicht aus.

Demnach könnte man annehmen, dass zum Zustandekommen der Elephantiasis

a) eine direkte Ursache — Störung in der Lymphcirculation infolge Induration oder Fehlens der Lymphdrüsen nach Scrophulose, Syphilis etc. —

b) eine indirekte — Entzündung mit Hyperämie — vorhanden sein muss.

Wie wir uns nun auch die Wirkung der Syphilis auf das Entstehen elephantiastischer Wucherungen denken wollen, das eine steht fest, dass sich diese in vielen Fällen im Anschluss an eine luetische Infection entwickeln. Natürlich ist Elephantiasis kein direktes Produkt, keine Manifestation der Syphilis; denn sonst würde man von einer Schmierkur Erfolg haben müssen, was nicht der Fall ist.

Viele Autoren führen in ihren Zusammenstellungen einen Teil ihrer Fälle auf Lues zurück, so z. B. Veit unter 35 Fällen 10.

L. Mayer weist in seinen Beobachtungen 3 und 5 auf vorangegangene Syphilis hin; ähnliches haben Schröder und mein verehrter Lehrer, Prof. v. Winckel angegeben, ja fast überhaupt alle Autoren, die sich mit Elephantiasis beschäftigt haben.

Esmarch und Kuhlenkampff weisen darauf hin, dass Elephantiasis der Genitalien ganz besonders oft bei früher mit Geschlechtskrankheiten Behafteten vorkommt, wahrscheinlich nur infolge eines durch jene Leiden eingeleiteten Reizzustandes dieser Teile.

Einige ägyptische Aerzte sehen Syphilis als prädisponierende Ursache an. Dieselbe soll in Aegypten der Elephantiasis meist vorangehen. In Taïti soll das so häufig sein, dass der Volksglaube beide Krankheiten mit einander in Verbindung bringt.

Immerhin ist es merkwürdig, dass z. B. in Mexiko, einer Brutstätte der Syphilis, die Elephantiasis fast unbekannt ist, und dass umgekehrt die Insel Samoa bei wenig verbreiteter Syphilis geradezu ein Lieblingssitz der Elephantiasis ist.

Neben der Lues hat man auf die erysipelatösen Entzündungen hingewiesen, indem auch diese zur Verlegung der Lymphbahnen führen können. In der That scheinen manche Fälle von Elephantiasis, sowohl der einheimischen, als auch der tropischen, solchen wiederholten Lymphgefässentzündungen ihre Entstehung zu verdanken. In dieser Hinsicht besonders lehrreich ist ein von Bockhart mitgetheilter Fall, wo bei einer Frau, die an multiplem Fibrosarcom in der Glutäalgegend litt, ein künstliches Erysipel darauf gepflanzt wurde. Es trat Erysipel wirklich ein; die Geschwulst nahm dann ab und wieder zu. Das geschah mehrmals; als Resultat blieb ein stationäres Oedem zurück, und schon nach drei Monaten wurde Elephantiasis konstatiert.

Dem gegenüber haben ägyptische Aerzte, Clot Bey, Grossi, Gaëtani u. A., erklärt, dass der bei ihnen so häufigen Elephantiasis der Genitalien niemals Entzündungen vorausgehen und dass die Lymphdrüsen nicht erkrankt sind. Ebenso haben sich Webb, Cazenave, Gaide, Rayer u. A. ausgesprochen.

Auch L. Mayer giebt an, dass der Anfang der Elephantiasis mit wiederholten erysipelatösen Entzündungen bei uns selten ist und dass z. B. in 11 der von ihm mitgetheilten Fällen die Leistendrüsen überhaupt nur zweimal erkrankt waren.

Gegenüber der Anschauung, dass das Primäre eine Verlegung des Lymphapparats und die dadurch bedingte Stauung der Lymphe sei, ist besonders Wernher dafür eingetreten, dass als wesentliche Ursache der Elephantiasis eine primäre Erweiterung der Lymphgefässkapillaren des Coriums anzusehen sei, neben der sich auch Extravasate und Erweiterungen grösserer Lymphgefässe finden. So konnte Teichmann durch Injection die Erweiterung bis in die hypertrophischen Hautpapillen verfolgen. Gaëtani konnte aus einem ausgeschnittenen Hautstück 60 Gewichtsprocent Lymphe ausdrücken.

Wernher unterscheidet diese wahre lymphatische Elephantiasis von der im äusseren Bilde ähnlichen Pachydermie und Bindegewebshypertrophie, wie sie sich bei Venencariositäten wohl auszubilden pflegt. Ursache der Erweiterung ist ihm nur in sehr seltenen Fällen eine Stauung des Lymphstroms durch Entzündung der Drüsen und Obliteration grösserer Stämme und diese Entzündungen an an Elephantiasis kranken Theilen sind weitaus am häufigsten nicht sowohl Ursache als Folge der durch Lymphgefässerweiterung bedingten Lymphstauung.

So weist Wernher auch mit Recht darauf hin, dass die Häufigkeit der Lymphdrüsenkrankheiten und der Elephantiasis in keinem Verhältnis zu einander stehen. Ferner müsste man, wenn z. B. Verlegung des Lymphstroms in den Leistendrüsen die Ursache der Erkrankung sei, bewei-

sen können, dass die Schwellung nicht über diese hinausgehe. Das ist aber nicht der Fall. Denn eine Elephantiasis des Beins kann sehr gut mit Elephantiasis des scrotums vergesellschaftet sein.

Auch führt Wernher Beobachtungen an, welche zu beweisen scheinen, dass es bei der Elephantiasis, selbst wenn sie ursprünglich auf der Erkrankung eines local beschränkten Lymphgefässnetzes beruhe, endlich zu einer allgemeinen Ueberfüllung des gesammten Systems kommen kann, so dass, wenn die Ueberfüllung an einer Stelle zurückgetrieben wird oder der zur Notwendigkeit gewordene Ausfluss an einer Stelle unterbrochen wird, Aufstauungen nach entfernten Stellen, oft zum Nachtheil wichtiger Gebilde entstehen können.

Nach Wernher entwickelt sich also die Elephantiasis aus einer Stauung und Anhäufung der Lymphe in varikös erweiterten aber nicht verschlossenen Lymphgefässen der oberflächlichen Hautnetze. Auch die Drüsen sind im allgemeinen nicht primär erkrankt.

So plausibel diese Anschauung erscheint, ist doch die Ursache der Lymphgefässerweiterung nicht leicht einzusehen und bleibt uns Wernher die Erklärung dafür auch schuldig.

Den durch Erysipelas hervorgebrachten Ernährungsstörungen sollen analog nach Nussbaum und Mikulicz auch wiederholte Erfrierungen wirken.

Auch die Veränderungen, die den nervösen Rückfluss hemmen, also Thrombosen, Varicen, Knochenkallus, ringförmige Verbrennungen etc. werden als disponirendes Moment angesehen.

Dazu kommen alle Entzündungen der Weichtheile und Knochen, so Phlegmonen, Caries der Fusswurzelknochen, verschiedene chronische Exantheme, besonders Lupus, Prurigo und Eczeme — auch die der Lues —, furunculosis, der weiche Schanker, besonders wenn er längere Zeit verheimlicht und vernachlässigt herumgetragen wird und reizende Ausflüsse. So führt Veh einen Fall an, wo zu der

durch Stauung des Beckenlymphstroms durch scrophulös vereiterte Drüsen gegebenen Disposition als direkte Ursache noch hinzukam der Reiz der betroffenen Theile durch Vaginalausfluss in Folge von Dammriss.

Analog wirkt längerer Gebrauch von medikamentösen Flüssigkeiten, die die Haut stark reizen. Athyl beschreibt einen Fall, in dem nach längerer Anwendung eines reizenden Waschwassers gegen prurigo schliesslich Elephantiasis entstand.

Pathologische Anatomie.

Die elephantiastischen Wucherungen der Haut stellen bald gelappte, bald mehr knollige Tumoren dar, bald mehr diffuse Verdickungen der befallenen Teile, bald ähneln sie in hervorragender Weise spitzen Condylomen. Häufig sind in den hypertrophischen Massen die einzelnen Bestandtheile der vulva als solche nicht mehr zu erkennen und können sich die Wucherungen bis zum anus erstrecken; in geringeren Graden findet man birnförmige oder kugelige Gebilde, die gestielt sein können. Die äussere Hautbedeckung ist besonders bei nicht genügend beobachteter Reinlichkeit rissig, von Rhagaden und oberflächlichen Ulcerationen bedeckt, in manchen Fällen normal gefärbt, ist aber fleckig, braun, bläulich-roth.

C. W. E. Arnold beschreibt einen Fall, wo die Geschwulst, welche clitoris und linke Nymphe einer 24jährigen puella publica befallen, an der Aussenseite glatt wie Glas, gespannt und trocken gewesen sei. An der Innenfläche dagegen habe sie das Aussehen des Gehirns eines Kindes gehabt, indem sie Einschnitte und Erhabenheiten, wie gyri und sulci gezeigt. Die sulci, $1^1/_2$ cm. tief, seien im Zickzack mit Zwischenräumen verlaufen, in denen die gyri von 1 cm Breite lagen.

Die Tumoren können bisweilen enorme Grösse erreichen. Besonders gilt dies von der Elephantiasis scroti. Dabei kann der entartete Hodensack so gross werden, dass er bei aufrechtem Stehen bis zu den Knöcheln herabreicht

(Lloyd, Dublin, Journal 58. 1874). Larrey berichtet von einer 200 Pfund schweren Geschwulst.

Bei der El. vulvae halten sich die Tumoren gewöhnlich in bescheidenen Grenzen; immerhin hat z. B. Krieger bei einer 53jährigen Frau eine 14 Pfund schwere Geschwulst gesehen, Larrey bei einer Aegypterin zwei kindskopfgrosse Tumoren, die die Gegend der vulva einnahmen.

Reyer berichtet über Geschwülste der Genitalien, die 40—45 Pfund wogen. Bei dieser Geschwulst ist gewöhnlich am obern Drittel eine kleine nabelähnliche Vertiefung sichtbar, die dem untersuchenden Finger als eine schmale Rinne sich darstellt und entweder zur glans pedis oder zum Scheideneingang führt.

Der Verschiedenheit im äussern Bild der Elephantiasis hat man dadurch Rechnung getragen, dass man die einzelnen Varietäten mit besonderen Namen bezeichnete. Virchow unterscheidet die Eleph. papillaris sive verrucosa von der Eleph. laevis sive glabra, je nachdem sich der Process mehr in den oberflächlichen oder in den tiefen Schichten lokalisirt. War das Rete Malpighii pigmentiert, so nannte er das Eleph. fusca et nigra.

Je nach der Consistenz unterscheidet man Eleph. dura und Eleph mollis. Ein fibroma molluscum haben wir dann, wenn die Schwellung sich ungleichmässig über die Haut verbreitet, so dass an einer Stelle schliesslich eine bis Kindskopf grosse mit breiter Basis aufsitzende lappige Hyperthropie der Haut herabhängt, während rings herum und über einen grossen Theil der Haut kleinere bis kirschkerngrosse Geschwülste verstreut sind.

Kommen wir nun zu dem feineren histologischen Bau der elephantiastischen Wucherungen, so sehen wir, dass dieselben hauptsächlich bedingt sind durch eine enorme Hyperplasie der Cutis und des subcutanen Bindegewebes, weshalb Rindfleisch u. A. vorgeschlagen haben, den Process mit dem Namen Pachydermie zu bezeichnen. Nach Reyers Untersuchungen erscheinen die Bindegewebsfibrillen in mehreren auf einanderliegenden Lagen, die sich auch durch-

flechten können. Der Papillarkörper ist gleichfalls stark vergrössert; ebenso betheiligt sich die Epidermis lebhaft am elephantiastischen Process, indem sie an einzelnen Stellen bedeutend verdickt ist. In den Zellen des Rete Malpighi findet sich reichliches Pigment, das wohl die dunkle Farbe der Wucherungen bedingt.

Die Venen sind stellenweise thrombosiert, gewöhnlich bedeutend ausgedehnt, die adventitia deutlich hyperplastisch (Maracci), ebenso die intima. In der Umgebung der Blutgefässe zeigt sich eine sehr bedeutende Infiltration mit Lymphkörperchen. Die Drüsen der Haut sind stellenweise erhalten, aber auseinandergedrängt oder atrophisch; das Schweissdrüsenendothel glasig, gequollen, die Muskeln entfärbt und fettig degeneriert.

Die darunter liegenden Knochen sind theilweise verdickt, sclerosiert und glatt oder mit Osteophyten bedeckt, selten stellenweise usuriert.

Auch die Nervensubstanz geht bei längerer Dauer des Leidens zu Grunde, weshalb in vivo anästhetische und paralytische Zustände bestehen können.

Besondere Beachtung verdient das Verhalten der Lymphgefässe. Auch darin stimmen die Befunde der einzelnen Autoren nicht mit einander überein. Nach Wernher sind es die capillären Lymph-Gefässe des coriums, die den Ausgangspunkt der Erkrankung bilden. Es entstehen bläschenförmige Ektasien der blinden Anfänge der Lymphgefässe der Papillen mit allmählich zunehmender Erweiterung der zugehörigen Stämme.

Schliz nimmt an, dass die tiefern Schichten der cutis zuerst erkranken und dass die Ektasie der Lymphgefässe sekundär sei. Die tiefen Lymphgefässe und einen Teil der oberflächlichen sah er durch Endothethelwucherung obliteriert werden. Im allgemeinen sind ihre Wandungen verdünnt, die Klappen häufig insufficient; auch die blindsackförmigen Fortsätze, die in die Papillen hineinragen, sind ampullenartig erweitert; an manchen Stellen treten die Enden derselben in Form von Bläschen über die Oberfläche

der Haut hervor, so dass Verwechslungen mit Exanthem vorkommen. Da die Bläschen durch geringe mechanische Einwirkungen eingerissen werden oder durch den Druck der auf ihnen lastenden Lymphsäule von selbst platzen, geben sie Veranlassung zu den oft ganz colossalen Lymphorrhagien, die besonders bei Elephantiasis scroti beobachtet werden.

Wahrscheinlich sind auch die mitunter vorkommenden Cysten nichts anderes als erweiterte Lymphgefässe.

Im Gegensatz zu diesen Befunden stellt Mayer Veränderungen an den Lymphgefässen in Abrede; ebenso Rosa Welt, die in keinem der von ihr untersuchten Fälle in den Papillen auch nur eine Andeutung von Lymphgefässen finden konnte. Im corium liegen sie zumeist in seinen obern Partien, bald nur spärlich, bald in normaler Anzahl. Dagegen konnte auch sie neben den normalen Lymphgefässen grosse Fibrin und einzelne Lymphkörperchen enthaltende Höhlen nachweisen, die entweder mit Endothel ausgekleidet sind oder keine eigene Wandung besitzen: Lymphräume.

Eine vermittelnde Stellung nimmt Rindfleisch ein, der eine pachydermia simplex unterscheidet, characterisiert durch regionäre Hyperthrophie der cutis, welche Papillarkörper und subcutanes Bindegewebe in Mitleidenschaft zieht, ohne Beteiligung des Lymphapparats, von der pachydermia lymphangiectatica, wobei die Haut mit zahllosen kleinen, aber auch bis erbsengrossen Blasen bedeckt ist, was nicht durch eine Abhebung der Epidermis, sondern durch eine Höhlenbildung in der cutis selbst bedingt ist.

In ähnlicher Weise hat auch Klebs die verschiedenen Formen der Elephantiasis auseinander gehalten.

Im Verlaufe des Leidens entwickeln sich Circulationsstörungen, Thrombosen und Entzündungszustände mannigfacher Art.

Mechanische Scheuerungen veranlassen Ulcerationen; zu starke Spannung innerhalb der Tumoren führt zu Gangrän des Gewebes.

Bei den warzigen Formen kommt es zu massenhafter Ansammlung der Hautsekrete in den Furchen der Geschwulst und zu putrider Zersetzung. Die mehr festen Formen mit Ansammlung von Fett im Bindegewebe führen nach Hildebrand zur centralen Erweichung. Selten ist der Uebergang in Sarcom, häufiger der in Carcinon.

Die ulcera auf der Oberfläche elephantiastischer Tumoren der vulva, die callöse unregelmässige Ränder zeigen, sind gewöhnlich nicht tief und nicht stationär und können durch vernünftiges Verhalten und Sauberkeit leicht zur Heilung gebracht werden.

Symptome.

Die Elephantiasis Arabum beginnt in den endemischen Formen, die ja den Typus am klarsten aussprechen, mit einem Stauungssymptom, nämlich mit acutem oder chronischem Stauungsödem im Unterhautzellgewebe, dem Lymphdrüsenschwellung, bisweilen Entzündung grösserer Venen und Lymphgefässe in der Tiefe, dann wiederholte Erysipelattaken und endlich Verdickung des Bindegewebes unter und in der Haut folgen.

Von diesem Verlauf gibt es natürlich Abweichungen; so fehlen bei Elephantiasis vulvae im Gegensatz zur El. cruris gewöhnlich die Erysipele, und die Anschwellung entwickelt sich in der Regel schleichend, so dass oft die Patientinnen, nachdem das Leiden vielleicht schon Monate oder Jahre bestanden hat, die Anomalie an ihren Genitalien ganz zufällig entdecken, zumal sie davon nie Beschwerden gehabt haben. Diese können nämlich sehr gering sein.

In anderen Fällen bestehen ausser fieberhaften Zufällen Spannung und ziehende Schmerzen an den Genitalien, die sich aber mit der Zeit bei überhand nehmender Geschwulstbildung verlieren können und heftiger Pruritus, der zu Kratzen veranlasst, so dass es, zumal bei Unsauberkeit der Patientin zu Epithelverlust und zu Ulcerationen kommt.

Sind die Wucherungen sehr gross, so werden sie durch die mechanische Gehbehinderung und durch das grosse Gewicht lästig.

Der coïtus ist meist nicht gehindert. Rosenkranz beschreibt einen Fall, wo die Patientin den coïtus an sich ausführen lassen konnte und dabei Lues acquirierte.

Die Geburt ist selbst bei grossen Tumoren nicht erheblich behindert, da die Scheide intact bleibt; doch sind auch Fälle beschrieben, wo die elephantiastischen Tumoren ein bedeutendes Geburtshindernis abgegeben haben.

Schwangerschaft und Menstruation haben keinen regelmässigen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Leidens; doch sah Veit vorübergehend rasches Wachstum während der Gravidität, indem die zuvor eigrosse linke Nymphe durch ödematöse Infiltration den Umfang eines Kopfes erreichte, im Wochenbett aber sich auf die frühere Grösse verkleinerte. In unserem Fall 3 begünstigte im Gegensatz hierzu das puerperium die Ausbreitung der Geschwulst in hervorragender Weise.

Die Leistendrüsen sind, wenigstens bei Elephantiasis vulvae, selten induriert, z. B. in 11 von L. Mayer veröffentlichten Fällen nur 2mal.

Vaginal-, Urethral- und Blasenkatarrhe sind nichts seltenes, sowie auch Verzerrungen und vollständige Zerstörungen der Harnröhre mit incontinentia urinae vorkommen (Beob. 8 u. 9 von L. Mayer).

Diagnose.

Ob die häufig auch in den gemässigten Zonen zu beobachtenden Fälle von Hypertrophie der Nymphen bei Frauen, die oft geboren haben, oder die in Folge von lokalen Reizungen entstanden ist — masturbatio, pruritus — der Elephantiasis beizurechnen sind, ist zweifelhaft, es fehlt dazu der progressive Charakter, und ebensowenig scheint der pathologisch anatomische Befund dem bei Elephantiasis im einzelnen zu gleichen. Natürlich hat auch die „Hottentottenschürze“, jene besonders bei einigen afrikanischen

Negerstämmen weit verbreitete Hypertrophie der labia minora nichts mit Elephantiasis zu thun.

Sind die elephantiastischen Wucherungen stark exulceriert, so könnte eine Verwechslung mit lupus oder mit circum-scripter dermatitis phlegmonosa vorkommen.

Manchmal ähneln die Tumoren zahlreich entwickelten spitzen Condylomen. Förster äussert sich geradezu, dass die Wucherungen in manchen Fällen mit jenem spitzer Condylome völlig übereinstimme und da die Elephantiasis kein specifischer Prozess sei, liege es im Belieben des Einzelnen, solche Geschwülste Elephantiasis oder Condylome zu nennen. Hierzu muss aber bemerkt werden, dass dann von differentiell diagnostischer Bedeutung die Induration der tiefern Hautschichten und eventuell die Schwellung der Leistendrüsen auf der befallenen Seite ist, die bei Condylomen fehlt.

Prognose.

Die Prognose der El. ist im allgemeinen nicht ungünstig, wenigstens nicht quoad vitam. Der Tod tritt durch die Elephantiasis selbst fast nie ein. Selbst bei ausgedehnter Ulceration und Gangränescenz kommt es nicht oder nur in seltenen Fällen zu Pyämie. Sind die Wucherungen einer Totalexstirpation zugänglich, so pflegen auch Recidive nicht einzutreten.

Behandlung.

Nach Hendy ist Spontanheilung möglich. Das dürfte aber wohl nur dann der Fall sein, solange die Oedeme keine dauernden Bindegewebsmassen erzeugt haben, also nur in den frischesten Stadien der Erkrankung.

Jedenfalls ist die Elephantiasis durch die erschöpfenden Eiterungen, die sie veranlasst, durch die mechanische Behinderung, durch event. Störungen in der Harnsekretion ein ernstes Leiden, dem man schauen muss, auf alle Weise und mit allen Mitteln beizukommen.

Man hat deren sehr viele empfohlen und mit wechselndem Erfolge angewandt.

So versuchte man es mit methodischer Compression der

Haut durch Rollbinden aus Leinwand, Flanell und Kautschouk, mit Ruhestellung und vertikaler Suspension des Beines, mit Massage, mit tief gehenden Scarificationen, um eine theilweise Aufsaugung des Oedems an beschränkten Hautstellen zu erreichen, und mit Excisionen von Streifen aus Haut und Unterhautzellgewebe.

War der Process sehr weit vorgeschritten und eine Extremität z. B. ganz unbrauchbar geworden, so amputierte man, meist mit schlechtem Erfolg. Viele Patienten gingen an der Operation zu Grunde, bei andern recidivierte die Elephantiasis an andern Stellen des Körpers.

Als mächtigstes Mittel, welchem nach einigen blendenden Erfolgen sich der Enthusiasmus mancher Chirurgen in hohem Grade zuwandte, wurde endlich, um das gestörte Verhältnis zwischen Zu- und Abfluss wieder herzustellen, die Ligatur der Hauptarterie des elephantiastisch entarteten Körperteils empfohlen und erprobt und zwar zuerst von Carnochan, der von dem Gedanken ausging, dass die zuführende Arterie erweitert sei und somit einen Ueberschuss an Ernährung bedinge. Wie wir gesehen haben, trifft das nicht oder doch nur in wenigen Fällen zu. Aber insofern ist die Ligatur von zweifellosem Nutzen, als der Blutdruck in den Kapillaren momentan herabgesetzt, die Ernährung der Wucherungen vermindert und weniger Lymphe ausgeschieden wird. Analoge Wirkung hat Verminderung der Blutmenge durch Venaesection oder Eröffnung von Lymphgefässen.

Ueber den Erfolg der Operation orientirt man sich am besten durch die von verschiedenen Autoren aufgestellten Statistiken.

Erichson sah unter 15 so behandelten Fällen 7 Heilungen und 3 Besserungen.

Marduel stellte 23 Fälle von Arterienligatur zusammen. Es wurde dabei unterbunden:

art. femoralis	15mal
art. il. externa	3mal,
art. tib. antica	2mal,

beide Carotiden 1mal,
art. brachialis 1mal,
unbenannte Arterie 1mal.

Das Resultat war folgendes:

An der Operation gestorben ist 1 Patient, in einem weiteren Fall trat überhaupt keine Aenderung ein, Recidiv in 4, Besserung in 6 Fällen. Danach ist nur die Hälfte der Operirten wirklich geheilt, und auch das ist mit Reserve aufzunehmen, da die Statistik erst kurze Zeit nach der Vornahme der Operationen aufgestellt wurde und somit die Möglichkeit eines Recidivs in einer Anzahl der vorläufig geheilten Fälle noch nicht ausgeschlossen werden konnte.

In 32 von Wernher zusammengestellten Fällen starben 3 Patienten durch Pyämie, 1mal trat Gangrän ein und das Bein musste amputiert werden, 2mal wurde diese Operation vorgesehen, ohne dass bekannt ist, ob sie auch wirklich ausgeführt wurde, 3mal traten gefährliche Nachblutungen ein.

In 49 von Eppner zusammengestellten Fällen starben 5 Pat., einer blieb ungeheilt, 3 wurden gebessert, bei neun traten Recidive ein, 31 sind angeblich geheilt.

Aus einer Zusammenstellung von 82 Fällen durch Esmarch und Kuhlenkampff geht hervor, dass 26 Patienten geheilt, bei 21 Recidive eingetreten sind; bei 28 war die Beobachtungsdauer nach der Operation zu kurz, um ein definitives Urtheil über den Erfolg abzugeben; 7 Patienten starben.

Fassen wir nun alle diese Berichte zusammen, so kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Zahl der mit Ligatur behandelten Fälle	Heilung	Besserung u. Recidiv	Ohne Resultat	Tod	üble Zufälle
15	7	4	1	3	—
23	11	10	1	1	—
82	23	49	—	10	—
32	5	19	—	3	5
49	31	12	1	5	—
Summe: 201	77=48.3%	94=47.76%	3=1.49%	22=10.94%	5=2.48%

Diese Tabelle zeigt uns, dass, abgesehen von dem zweifelhaften Erfolg der Operation, die Unterbindung der Arterie kein ungefährlicher Eingriff ist. Zudem wird die Nachwirkung der Ligatur in den meisten Fällen nur vorhalten bis zu dem Moment, in welchem sich ein ausgiebiger Collateralkreislauf hergestellt hat. Man hat daher versucht, den Nutzen, den die Unterbindung wenigstens momentan zweifellos gewährt, auch auf eine andre, weniger riskante Weise zu erreichen und kam so auf den Gedanken, die Arterie durch Tourniquet oder geeignete Bandagen zu komprimieren, jedoch ohne den Blutstrom völlig zu unterbrechen. Durch diese Methode, im Verein mit vertikaler Suspension und Einwickelungen, combiniert mit auf die geschwürige oder sonst veränderte Haut wirkenden medicamentösen Mitteln sind in der That auch zufriedenstellende Resultate erreicht worden.

Nebenbei will ich nicht unerwähnt lassen, dass neuerdings Moncorvo und Silva Aranja durch die Einwirkung des Inductionsstroms gute Erfolge erzielt haben.

Die elephantiastischen Anschwellungen der weiblichen Genitalien sind, da sie meist gestielte, knollige oder knotenförmige Geschwülste darstellen, in der Regel unschwer mittelst des Messers oder des Thermokauters zu entfernen. Der Ecraseur ist wegen seiner Gefährlichkeit ganz zu verwerfen. Lehrreich in dieser Beziehung ist der Fall von Bourget: durch einen eleph. Tumor war bei seiner Patientin Urethra und Scheide ganz verzerrt. Die Operation war schr mühsam und die Kranke hatte viel Blut dabei verloren, sodass beim Durchtrennen des letzten Stiels, der die Dicke von 35 mm hatte, der Ecraseur gebraucht wurde. Dabei war durch das Gewicht und die Verwachsungen des Tumors einerseits und durch den Ecraseur andrerseits die Blase mit heruntergezerrt und eröffnet worden. Da mit der Entfernung des Tumors die Blase mit ihrer abnormen Oeffnung aus ihrer Dislocation in die normale Lage zurückging, war es unmöglich, die Oeffnung derselben zu schliessen, und die Kranke ging an Peritonitis zu Grunde.

Für die Behandlung der Elephantiasis der männlichen Geschlechtsteile sind mehrfache Methoden empfohlen worden, und zwar:

1.) einfache Incisionen,
2.) Keilexcisionen,
3.) Entfernung der ganzen Geschwulst mit oder ohne Erhaltung der Hoden.

Kommen wir nun zu den in hiesiger Frauenklinik in den Jahren 1884 bis 1894 behandelten Fällen von El. vulvae:

Beobachtung 1.

Schmitt Johanna, 20 Jahre alt, Ipara, ledig. Seit 3 Jahren besteht Elephantiasis papillomatosa an vulva und perinaeum. Entfernung mit Messer und Paquelin. Pat. fast geheilt entlassen. Nähere Angaben fehlen.

Beobachtung 2.

Penninger Cäcilie, 24 Jahre alt, ledig, Köchin. Als Kind hatte sie Masern durchgemacht, später Typhus. Vor 3 Jahren traten am Damm mehrere circa 5 Pfennig-Stück grosse, nässende Stellen auf, die nach 3 Monaten, ohne Behandlung wieder zur Heilung kamen. Zugleich bestand mässig starker fluor. (Verdacht auf lues.)

Mehrere Monate nach Heilung der nässenden Stellen bemerkte Patientin eine an der rechten Seite der vulva sich bildende höckrige Geschwulst, die in ziemlich kurzer Zeit bedeutend an Grösse zunahm; dicht daneben trat bald ein dünngestielter, ebanfalls höckriger, rasch wachsender Tumor auf, den Pat. sich am Ende December vorigen Jahres abband, und der nach ungefähr 8 Tagen von selbst abfiel; fluor während dieser Zeit nicht mehr vorhanden. Während einer intercurrenten Schwangerschaft soll ziemlich rasche Grössenzunahme der Tumoren eingetreten sein.

Beim Gehen und bei Bewegungen Beschwerden.

Status praesens: ziemlich kräftige Brünette; Brüste schwach entwickelt, entleeren auf Druck noch etwas Milch. Leib gewölbt mit zahlreichen striae. Nabel eingezogen. Leib weich, schmerzlos.

Vom rechten lab. min. aus geht ein ziemlich breit gestielter, etwa birngrosser, an seiner Oberfläche unebner und höckriger Tumor. Auch die angrenzenden Partieen bis zur clitoris hin zeigen bereits bedeutende Grössenzunahme, Infiltration und die Anfänge eines in gleicher Weise sich bildenden Tumors. Am linken lab. maius befindet sich eine längliche, prominierende indurierte Stelle. Am perinaeum und den Analfalten sind Narben von breiten Condylomen sichtbar. Behandlung: In Narkose wird der Tumor entfernt. Zu dem Zwecke wird am rechten lab. min. der Stiel mit 2 fil de Florence-Ligaturen unterbunden und die Geschwulst mit dem Thermokauter abgetragen. Die im caput clitoridis und praeputium befindlichen kleinen indurierten Partieen werden ebenfalls mit dem Paquelin entfernt, mehrere blutende Gefässe werden umstochen. Am linken lab. maius wird die verdächtige Partie mit dem Scalpell excidiert und die Wundränder mit Seide vereinigt.

Pat. klagt in den nächsten Tagen über starke Schmerzen. Das linke lab. minus und maius ist ödematös geschwollen. Die Nähte haben zum Teil durchgeschnitten. Die Wundränder klaffen etwas, sind aber mit guten Granulationen bedeckt.

Als Patientin auf ihren Wunsch entlassen wird, sind die Wundränder allenthalben gut vereinigt. Nur das linke lab. minus ist noch etwas geschwollen.

Beobachtung 3.

Leukamm Elise, 35 Jahre alt, ledig, Näherin.

Die Eltern leben und sind gesund; 6 Geschwister sind gestorben, 7 leben noch.

Als Kind machte Pat. Rhachitis durch; zur selben Zeit litt sie an einem entzündlichen Process in einigen Rückenwirbeln, ein Pfuscher soll ihr 2 Wirbel zusammengebrochen haben, seither ist sie bucklig.

Die erste Menstruation kam mit 20 Jahren; sie kehrte regelmässig alle 4 Wochen mit 8tägiger Dauer wieder.

1 Geburt, asphyctischer Knabe mit Nabelschnurumschlingung starb bald nach der Geburt.

3 Wochen vor ihrer Entbindung entstand auf dem linken lab. maius ein Knötchen, das schnell wuchs und bei der Entbindung etwa wallnussgross war. Im Wochenbett wuchs der Tumor sehr rasch; es verdickte sich bald auch die rechte Partie der vulva. 5 Wochen nach der Geburt soll die Wucherung ihre jetzige Grösse erreicht haben. Fluor will Patientin nie gehabt haben, ebenso wird Infection negiert.

Patientin klagt über juckende und brennende Schmerzen in den beiden Schenkelbeugen. Es besteht intertrigo.

Stat. praesens: Anämisch aussehende, schwächliche Person mit Kyphoskoliose.

Die labia maiora sind sehr bedeutend vergrössert und ziehen als dicke, unebene, an der Oberfläche leicht gefurchte, in den unteren Partieen bläulich-rot, weiter hinauf mehr rötlich gefärbte Wülste gegen die Inguinalgegend hin. Die Leistendrüsen, beiderseits ziemlich geschwellt, werden durch eine tiefe Furche von den vergrösserten Labien getrennt. Das linke labium maius ist ausgedehnter erkrankt als das rechte. Auch die kleinen Labien nehmen sehr bedeutend an der Vergrösserung teil und erscheinen als ziemlich dicke, breite Körper zwischen den lab. maiora, denen sie dicht anliegen, und die durch sie bedeutend auseinandergezerrt werden.

Das linke lab. min. ist etwas grösser als das rechte, seine Oberfläche ebenfalls etwas uneben, gefurcht, lässt an einzelnen Stellen noch kleine, kirschkerngrosse Excrescenzen erkennen.

An Innen- und Aussenfläche mehrere erodierte Stellen; über den kleinen Labien, gleichsam ein Dach über ihnen bildend, lagert das sehr stark vergrösserte praeputium clitoridis, zwischen dessen Flügeln die clitoris als kleines, an der Vergrösserung nicht beteiligtes Zäpfchen zu erkennen ist. Auch das perinaeum ist teilweise ergriffen.

Behandlung: Mit dem messerförmigen Thermokauter werden rechts das labium minus und links erst die Wucherungen am praeputium clitoridis, dann das lab. maius und

lab. min. in der ganzen Breite von ihrer Basis losgetrennt. Nur bei Abtragung des lab. mai. muss eine stärkere Blutung durch Umstechung der spritzenden Gefässe gestillt werden.

In den nächsten Tagen nach der Operation besteht reichliche Secretion. Die Wundfläche ist teilweise mit graugelblichem Eiter bedeckt. Patientin entfernt sich ohne Erlaubnis aus der Anstalt.

Beobachtung 4.

Gayer Anna, 57 Jahre alt. Die Mutter ist an Lungenleiden gestorben.

Pat. seit dem 18. Jahr menstruirt. In der Jugend war sie eine Zeit lang bleichsüchtig; später litt sie einmal an einer Flechte.

Vor 6 Jahren bemerkte sie an den äussern Genitalien eine ungefähr erbsengrosse, nicht schmerzhafte Geschwulst, weshalb sie ärztliche Hülfe suchte. Erst in letzter Zeit, seit ungefähr 4 Wochen sei der Tumor zur jetzigen Grösse gewachsen. Weder starke Blutungen, noch Eiterungen waren damit verbunden. Auch am Gehen und Arbeiten war Patientin nicht gehindert. Appetit ist gut; zugleich besteht geringe Obstipation.

Status praesens: Das orificium vaginae wird eingenommen von einem billardkugelgrossen Tumor, der im ganzen intakt, nur vorn etwas zerklüftet ist. Bei näherer Besichtigung lassen sich als Ausgangspunkte deutlich die kleinen Labien erkennen, die an ihren untern Partieen unverändert sind und nach oben sich zur Geschwulst vergrössern. Die beiden labia minora lassen sich noch durch eine an mehreren Stellen verwachsene Furche als getrennt erkennen; das rechte ist gut 1 cm, das linke etwa 4 cm breit. Die Geschwulst ist wenig empfindlich und zeigt einzelne Rhagaden mit geringer Eitersekretion. Nirgends ausgesprochene Ulceration. Die Nachbarschaft, selbst die Innenfläche der grossen Labien intact. Die Leistendrüsen unbedeutend vergrössert.

Behandlung: Exstirpation des Tumors mit dem Paquelin. Bei der Operation wurde die art. dorsalis clitoridis durchschnitten und musste wegen heftiger Blutung eine Umstechungsnaht angelegt werden.

Patientin konnte geheilt entlassen werden.

Einer Angabe in „die kgl. Universitätsfrauenklinik zu München (Berichte und Studien von Prof. Dr. v. Winckel)" zu Folge musste Patientin wegen eines Recidivs später wieder behandelt werden.

Beobachtung 5.

Festner Sabina, 51 Jahre alt, Wechselwärtersfrau, seit 1867 verheiratet.

Die Eltern sind beide gestorben, der Vater an einem Schlaganfall, die Mutter mit 75 Jahren an marasmus senilis. 2 Geschwister leben und sind gesund.

Als Kind war Pat. immer schwächlich. Sie ist seit dem 16. Jahre menstruirt. Die Periode kehrte, mit Schmerzen verbunden und 2—3 Tage dauernd, in 4wöchentlichen Intervallen wieder.

Zwischen dem 33. und 45. Jahre machte Patientin 8 Geburten durch.

Im Jahre 1882 bemerkte sie, dass an der innern Seite des linken lab. maius sich eine Art von Geschwulst entwickelte. Das labium wurde in toto grösser und dicker, ohne dass die Schwellung Beschwerden machte; nur bei stundenlangem Gehen fühlte sie unbedeutende Schmerzen und Brennen an den äussern Genitalien. Im Jahre 1885 liess Patientin sich durch Prof. von Nussbaum operiren, und zwar der Grösse des Tumors wegen, der ebenso gross, wie der jetzt vorhandene, jedoch nicht so knollige Beschaffenheit zeigte. Zur Zeit der Operation bestanden auch schon einige Knoten am rechten labium maius.

Patientin wurde daher damals aufmerksam gemacht, dass die Operation ihr Leiden nicht radical beseitigen würde.

Nach 3 Jahren (1888) kommt Patientin wieder mit einer Geschwulst am rechten lab. maius und dadurch hervorgerufenen ziemlich bedeutenden Beschwerden.

Status praesens: Kleine, magere Person. Herz und Lungen gesund; Brüste und Leib normal, nicht druckempfindlich. Leistendrüsen vergrössert, derb, nicht schmerzhaft. Der mons Veneris scheint grösser und dicker zu sein als in der Norm.

An der innern Seite des linken labium maius befindet sich eine kleine, glatte, weisse Stelle; die rechte grosse Lippe ist verdickt, von derber Consistenz, mit knolligen Prominenzen bedeckt; an ihrer untern Partie besteht ein grosses Conglomerat von Knötchen; dieselben sind nicht schmerzhaft, zeigen zahlreiche Einrisse und spärliche kleine nässende Stellen.

Die rechte kleine Lippe mit der entsprechenden grossen verwachsen; clitoris und die unteren Partieen der vulva, inclusive der Hymenalreste sind in derselben Entartung begriffen, ebenso die lappenförmigen Reste des linken lab. maius.

Alle diese Partien sind nicht besonders verdickt, aber derb, bläulich-roth, sind von kleinknolliger Beschaffenheit und mit kleinen weissen, talgähnlichen Flecken bedeckt. Die Oeffnung der Harnröhre ist mitten in die Wucherungen eingebettet, die bei Berührung leicht bluten.

Dabei bestehen keine Harnbeschwerden.

Behandlung: Mit dem Thermokauter werden die Tumoren abgetragen, rechts eine bedeutend grössere Partie als links. Die Blutung wird durch Umstechung gestillt. Ein Teil der sich gegen die Scheide hin erstreckenden Partieen wird vorläufig zurückgelassen.

Patientin wird gebessert entlassen.

Im Jahre 1889 kommt sie wieder zur Beobachtung. Seit der letzten Operation ist wieder Recidiv eingetreten, und ist nun auch das linke lab. minus von der Erkrankung ergriffen. Es bestehen grössere, zum Teil flache, zum Teil knollige, höckrige Hervorragungen mit eitriger Absonderung, die sich weit in die Scheide hinein erstrecken.

Leisten- und Axillardrüsen (links) sind geschwellt.

Mit dem Paquelin werden diesmal entfernt: Partieen
1.) an beiden labia maiora,
2.) am Saum der Harnröhre,
3.) an der Wurzel der clitoris,
4.) ein Stück aus der vagina.

Patientin wird der Heilung nahe entlassen.

Schon im folgenden Jahre musste sie abermals die Klinik aufsuchen. Nach der letzten Operation hatte sie sich eine zeitlang ganz wohl gefühlt. Dann bemerkte sie an der alten Stelle kleine Erhebungen, die stark nässten und sehr empfindlich waren. Dazu kamen Beschwerden beim Gehen und stechende Schmerzen.

Die Untersuchung ergab, dass der vordere Teil der vulva das linke inguineum, die Innenfläche der oberen Gegend der Oberschenkel durch Tumoren von Hanfkorn bis Mannsfaustgrösse eingenommen war. Der mons Veneris zeigte eigenthümliche Höcker, das linke inguineum mehrere rötliche, nässende, nussgrosse Prominenzen, ebenso der introitus vaginae. Die übrigen Tumoren waren von bläulich verfärbter Haut bedeckt. Die Gegend der urethra und der clitoris war ganz von warzigen kleinen Tumoren eingenommen.

Somit war eine bedeutende Wendung zum Schlimmern eingetreten: denn die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein carcinoma vulvae (ex elephantiasi) handelte.

Bei der Operation werden die Tumoren im linken inguineum breit abgetragen, dann wird der grosse Tumor mit einer Museux'schen Zange gefasst, wobei sich zeigt, dass er eine grosse, mit hämorrhagischem Inhalt gefüllte Cyste ist, deren papillomatös degenerierte Wand mit dem Paquelin abgetragen wird.

Auch diesmal blieb das Recidiv nicht aus. Im Jahre 1892 traten unter Fiebererscheinungen wieder kleine Knötchen auf, die sich bald ausbreiteten. Stechende Schmerzen in der Geschwulst, grosse Mattigkeit, Beschwerden beim Gehen liessen die Patientin die Klinik aufsuchen. Die vulva zeigte sich wiederum von einer carcinomatösen Wucherung

eingenommen, die bei der Berührung leicht blutete. In Narkosen wurden die Geschwulstmassen in der linken Inguinalfurche und an der Innenseite des linken Oberschenkels mit dem schneidenden Paquelin entfernt, die fluctuirenden Tumoren am rechten Oberschenkel punktiert und dabei 200 gr einer dunkelroten Flüssigkeit entleert. Nach wenigen Tagen traten Erscheinungen hochgradigster Erschöpfung und schliesslich der exitus lethalis ein.

Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Partieen ergab cancroïde Zapfen, von der Oberfläche in das subcutane Bindegewebe eindringend, stellenweise herdförmig eingelagert. In einem Blutkapillargefäss fand sich ein eingelagerter Zapfen, ringsherum Rundzelleninfiltration. Mehrfach waren Epithelzapfen neben Talgdrüsen nachzuweisen. Bemerkenswerth ist, dass trotz so langjähriger Dauer der Process sich streng lokalisirt hatte; nur die Leistendrüsen waren infiltriert. Sonst nirgends Metastasen. Der schliessliche exitus war bedingt durch Herzatrophie und Bronchopneumonie.

Betrachten wir diese 5 Fälle hinsichtlich der ihnen gemeinsamen Gesichtspunkte, so ergiebt sich zunächst, dass die Elephantiasis bei uns ein seltenes Leiden ist.

Unter 1937 Erkrankungen der weiblichen äussern Genitalien sind nur 5 Fälle von Elephantiasis vulva, also 0.25% zur Beobachtung gekommen.

Was das Alter der Erkrankten anlangt, so ergiebt sich

für das 3. Decennium 1 Fall,
„ „ 4. „ 1 Fall,
„ „ 5. „ 1 Fall,
„ „ 6. „ 2 Fälle.

Sonach schiene die Disposition für das Leiden vom 3. Decennium an zu wachsen, um mit dem 6. ihren Höhepunkt zu erreichen; doch umfasst jedenfalls unsere Statistik eine zu kleine Zahl von Fällen, als dass dadurch die bereits gemachten Angaben umgestossen werden könnten, aus denen hervorgeht, dass die meisten Fälle von Elephantiasis zwischen dem 20. und 40. Jahre beobachtet werden.

Als Ausgangspunkt der elephantiastischen Wucherungen werden in unseren Fällen angegeben:

Die labia maiora 2 mal,
„ „ minora 2 mal;
1mal ist er nicht bekannt.

Doch blieb das Leiden auf den Ausgangspunkt beschränkt nur in 1 Fall. Bei den 4 anderen Patientinnen wurden auch bald noch andere Theile der vulva befallen,

so die clitoris	2mal
lab maius sin.	3mal
„ „ d.	3mal
„ minus sin	3mal
„ „ d.	4mal
mons Veneris	1mal
praeputium	2mal
perinaeum	2mal

Daraus ersehen wir, dass die Labien jedenfalls am häufigsten erkrankt sind, wie das ja auch aus anderen Statistiken zur Evidenz hervorgeht.

Die Leistendrüsen waren abgesehen von dem Fall 1, in dem nähere Angaben fehlen, 3mal vergrössert, also in 75%; das ist ein ziemlich auffallendes Resultat gegenüber den Angaben der meisten Autoren, wonach die Drüsen nur in der Minderzahl der Fälle mit inbegriffen sein sollen.

Als ätiologisches Moment finden wir Syphilis 1mal, Rhachitis und entzündliche Prozesse in einigen Rückenwirbeln (wahrscheinlich Tuberculose) 1mal.

In 2 Fällen lässt sich gar kein disponierendes Moment auffinden.

Dass Schwangerschaft und Wochenbett von Bedeutung für das Wachsthum elephantiastischer Tumoren sind, beweisen uns die Beobachtungen 2 und 3, in denen unter dem Einfluss der durch jene Zustände hervorgerufenen kolossalen Revolution in den Ernährungsverhältnissen der weiblichen Genitalien eine Vergrösserung der Tumoren eintrat. — Der Erfolg der Operation war Radicalheilung in

3 Fällen. In 1 Fall trat Recidiv ein, in 1 andern Recidiv mit schliesslicher maligner Degeneration.

Carcinoma vulvae.

Nächst der Elephantiasis verdienen unser Interesse am meisten die malignen Tumoren der äussern Genitalien, vor allem das Carcinom, über dessen Vorkommen in den Jahren 1884 bis 1894 die folgende Tabelle (siehe Tabelle Nr. I) Aufschluss geben mag.

Während der Uterus nur allzu häufig der Sitz von malignen Neubildungen ist, lässt sich primärer Krebs der vulva nur selten nachweisen.

Gurlt fand unter 11.140 Frauen:

mit Geschwülsten des Uterus allein 2845,

mit Geschwülsten des Uterus und der Vagina 604,

mit Geschwülsten der Vulva allein 89 Frauen, d. i. 0.8% der Gesammtmorbidität.

Auf 32 Uterustumoren kam demnach immer ein Fall von Neubildung der vulva, was mit den Statistiken von Virchow, L. Mayer, Marc' d' Espine, Tanchon ziemlich genau übereinstimmt.

In der Berliner Klinik kamen in den Jahren 1883 bis 1892 1147 Carcinome des Uterus und nur 30 Carcinome der Vulva zur Beobachtung, was wieder ein Verhältnis von 38 : 1 ergibt.

In hiesiger Frauenklinik litten unter 1937 Frauen

an carc. uteri 232

„ „ „ et vaginae 19,

„ „ vaginae 7,

„ „ vulvae 10.

Das Verhältnis der Carcinome des Uterus zu denen der vulva stellt sich demnach wie 25 : 1.

Auch aus den Angaben einzelner Autoren, die über ein grosses Krankenmaterial zu verfügen haben, ersehen wir, wie selten der Krebs der Vulva ist.

So berichtet Hildebrandt über 11 Fälle,

L. Mayer	„	10	„
Behrendt	„	3	„
Verneuil	„	4	„
Rondot	„	21	„
Küstner	„	5	„
Lehmann	„	5	„
Aschenborn	„	2	„
Müller	„	4	„
Eisenhart	„	2	„
Gönner	„	5	„

Eine ausführliche Zusammenstellung von 120 Fällen von carc. vulvae, davon 109 mit näheren Angaben, giebt Lutzenberger (In.-Diss. München 1894).

Was das Alter anlangt, in dem der Krebs der äussern Genitalien seine Opfer fordert, so scheint die höchste Frequenzziffer im 6. und 7. Decennium erreicht zu sein. Unter 42 von Blümcke zusammengestellten Fällen standen

8	im	4.	Decennium,
9	„	5.	„
10	„	6.	„
14	„	7.	„
1	„	8.	„

In Halle fanden sich in den Jahren 1887—1891 14 Patientinnen, die an carcinoma vulvae litten.

Unter diesen standen

2	im	5.	Decennium,
5	„	6.	„
6	„	7.	„
1	„	8.	„

Nach Schwarz erkrankten

im	21.—30.	Jahr	1	Patientin,
„	31.—40.	„	1	„
„	41.—50.	„	3	Patientinnen,
„	51.—60.	„	7	„
„	61.—70.	„	7	„
„	71.—80.	„	4	„

nach Lutzenberger

im	15.—30.	Jahr	4 Patientinnen,
„	31.—40.	„	12 „
„	41.—50.	„	21 „
„	51.—60.	„	25 „
„	61.—70.	„	33 „
„	71.—80.	„	9 „

Hier in München endlich hat sich das Verhältnis so gestellt:

Im	4.	Decennium stand	1 Pat.,
„	5.	„ standen	2 „
„	6.	„ „	3 „
„	7.	„ „	3 „
„	8.	„ stand	1 „

Was den Sitz des Carcinoms anlangt, so waren in den Fällen von Lutzenburger ergriffen

lab. maius d.	45	mal
„ „ sin.	14	„
labia minora	16	„
clitoris	20	„
die Commissuren	8	„
die Gegend der Urethralmündung	2	„

in den Fällen von Blümcke

labia maiora	21	mal,
clitoris allein	6	„
clitoris und lab. minora	10	„
Urethralmündung	1	„

Nach Schwartz sass das Carcinom

am rechten lab. maius	9	mal,
„ linken „ „	2	„
an den labia minora	7	„
„ der clitoris	2	„
„ den Commissuren	2	„

In unsern 10 Fällen war ergriffen die

labia maiora allein	4	mal,
lab. maiora et minora	1	„
lab. mai. et min. d.	1	„

lab. maiora kombiniert mit den lab. minora, clitoris, mons Veneris oder vagina 3 mal.

Wir ersehen daraus, dass Prädilectionsstelle des carc. vulvae die labia maiora sind, dann die labia minora, schliesslich die clitoris.

Birch-Hirschfeld lässt die clitoris als häufigsten Ausgangspunkt gelten. Uebrigens ist oft die Entscheidung über den primären Sitz recht schwierig, so in einem Theil unserer Fälle.

Die vagina bleibt meist verschont, wenigstens wenn das Carcinom primär von der vulva ausgegangen ist.

Dagegen sind gewöhnlich die Lymphdrüsen geschwellt und indurirt, so in 87 Fällen von Lutzenberger 46 mal, in den 23 Fällen von Schwartz 11 mal, in 5 Fällen von Mertz 3 mal.

Demnach sind in ungefähr 50% die Leistendrüsen an der Erkrankung beteiligt.

Für unsere 10 Fälle, von denen einer wegen Fehlens genauerer Angaben abgerechnet werden muss, ergeben sich nur 44.4%.

Dass die Frage nach der Mitbetheiligung der Lymphdrüsen eine sehr wichtige ist, leuchtet sofort ein, wenn man bedenkt, dass sich nach ihrem Verhalten in vielen Fällen die Prognose richtet. Denn es fragt sich, ob bei schon geschwellten Inguinaldrüsen noch operirt werden soll. Das ist von einigen Autoren verneint, von anderen bejaht werden; letztere Anschauung scheint mir jedoch die richtigere zu sein; allerdings brauchen die Drüsen trotz der Schwellung nicht immer schon die Elemente des Carcinoms zu zeigen. So ergab die mikroskopische Untersuchung in den 23 Fällen von Schwartz die exstirpirten Drüsen

5mal carcinomatös,
6mal nicht „ .

Trotzdem aber müssen sie, wenn sie vergrössert sind, natürlich unter allen Umständen entfernt werden, da man ihnen von aussen ja nicht ansehen kann, ob ihre Schwel-

lung nur eine unschuldige ist, oder ob sie schon den Keim des Krebses in sich tragen.

Manche Autoren gehen sogar so weit, dass sie empfehlen, man solle die Inguinaldrüsen der befallenen Seite, selbst wenn sie noch nicht erkrankt sind, bei der Operation gleich mit exstirpieren, und wie es scheint, nicht mit Unrecht, da das Recidiv nicht selten gerade in den Drüsen aufzutreten pflegt, so in 46 von Blümcke gesammelten Fällen 15mal, also in 32%.

Inbetreff des Heilerfolges einer Totalexstirpation giebt Schwartz an, dass nach ein oder mehrmaliger Operation definitiv geheilt — d. h. bis mindestens 4 Jahre nach der Operation — 10 Frauen waren, dass verstorben, aber recidivfrei waren 2 Frauen, und dass am Recidiv 8 Frauen zu Grunde gingen.

Maas findet, dass in 11% eine definitive Heilung zu erwarten sei; zu einem viel bessern Resultat kommt Blümcke, der in einer Zusammenstellung von 53 Fällen in 37% eine definitive Heilung constatirt.

In aetiologischer Hinsicht hat man auf die Zahl der von den Patientinnen durchgemachten Geburten hingewiesen.

In unseren Fällen haben durchgemacht:

11 Geburten (davon drei mit forceps beendet und 1 Fehlgeburt)	1	Patientin
8 Geburten	1	„
5 Geburten	1	„
3 Geburten	4	„
Keine Geburt	1	„

Bei 2 Patientinnen fehlen nähere Angaben, auf die 8 übrigen kommen demnach durchschnittlich 4.5 Geburten, immerhin ziemlich viel.

Da jedoch das carc. vulvae auch bei Virgines (von Winckel) und bei Nulliparae vorkommt, so geht es wohl nicht an, dieses Moment in dem angegebenen Sinne zu verwerthen.

Erbliche Belastung findet sich nur in 1 unserer Fälle und auch dann nur, wenn man „Magenverhärtung“ (Siehe Fall 4. Tabelle I) als Krebs des Magens auslegen will.

Pruritus wurde nur in einem Falle angegeben, und möchte ich hier darauf hinweisen, dass es durchaus nicht entschieden ist, ob derselbe nur ein Symptom des Carcinoms ist, oder ob die dadurch bedingten häufigen Scheuerungen wirklich als disponirendes Moment angesehen werden können.

Sarcoma vulvae.

„Das Sarcom der vulva gehört zu den Affectionen, welche primär so selten vorkommen, dass selbst die mit reichstem Material versehenen Beobachter nur wenige Fälle eigener Erfahrung anzuführen im Stande sind.“

Der beste Beweis für die Richtigkeit dieser Worte von Hildebrandt ist die Thatsache, dass mein verehrter Lehrer, Professor von Winckel, unter 115 an Sarcom erkrankten Frauen 3, Gurlt unter 483 gar keine mit sarcoma vulvae fand.

Mayer sah	2 Fälle
Hildebrandt	1 Fall
Olshausen	4 Fälle.

Ferner liegen noch Berichte von G. Simon, Goth, B. S. Schultze und einigen anderen vor.

Aus den Arbeiten von Eiselt und Dietrich, die alle seit 1806 bekannten Melanome — mit Ausnahme derer am Auge — zusammengestellt haben, entnehme ich, dass unter 249 Fällen nur 13mal die weiblichen Genitalien Primärsitz des Leidens waren,

2mal der uterus
6mal die labia maiora,
3mal die labia minora,
2mal die clitoris,

wozu noch 9 von Häckel gesammelte Fälle kommen.

Nach Blümcke kommen in einer Reihe aus der Litteratur entnommener Fälle auf das

1.	Decennium	1	Patientin
2.	„	2	Patientinnen
3.	„	2	„
5.	„	3	„
6.	„	2	„
7.	„	5	„
8.	„	3	„

In unserm Falle (siehe Tabelle II; Nr. 1) war die Pat. 49 Jahre alt.

Mit dem Krebs teilt das Sarcom die Bösartigkeit, ja scheint ihn darin sogar noch zu übertreffen, indem gewöhnlich ganz kurze Zeit nach der Operation ein Recidiv eintritt, so in unserm Fall schon nach 4 Wochen,
in Bailly's Fall ebenfalls nach 4 Wochen,
in Prescot-Hewitt's Fall nach 2 Monaten,
in Fischer's Fall nach 4 Monaten,
in Häckel's Fall nach 5 Monaten,
in Terillons Fall nach 9 Monaten.

Nur Maas berichtet einen Fall, wo nach 6 Jahren noch kein Recidiv eingetreten ist, v. Winckel 2 Fälle, in denen nach 3, resp. 11 Jahren die Patientinnen noch gesund waren.

Primärer Sitz des Leidens sind gewöhnlich die grossen Schamlippen, seltener die clitoris.

Die Leistendrüsen finde ich unter 20 Fällen von Sarcom 5mal infiltriert, der oft zweifelhaften Angaben „anscheinend frei“ nicht zu gedenken.

Bei der Operation wird man natürlich darauf Bedacht haben müssen, dass alle erkrankten Partieen sorgfältig entfernt werden, und eventuell auch die Inguinaldrüsen mitexstirpieren.

Lupus vulvae.

Der Lupus der vulva, der in 3 verschiedenen Formen auftritt,

1.) als lupus hypertrophicus, der sich durch Wucherungen im Papillarkörper oder in den tiefern Schichten der cutis auszeichnet, dann als

2.) lupus perforans, der durch Fissurenbildung die labia zu durchbohren pflegt, und

3.) als lupus serpiginosus, der nach einer bestimmten Richtung weiter wächst, indem er in der entgegengesetzten vernarbt, sodass der introitus in exquisiten Fällen von einem teils frischen, teils vernarbten Geschwür umgeben ist, kam in den Jahren 1884—1894 hier nur einmal zur Beobachtuug (siehe Tabelle II; Nr. 2.)

Fibroma vulvae.

Je nachdem mehr das Bindegewebe, oder die musculären Elemente der vulva gewuchert sind, unterscheidet man Fibrome, Fibromyome und Myome. — Im ersteren Fall ist der Ausgangspunkt das subcutane Bindegewebe, im letzteren die an Muskelfasern reichen lig. rotuda. Die Richtung des Wachstums dieser Geschwülste geht dahin, wo sie am wenigsten Widerstand finden, daher stets nach aussen und unten. Sie ziehen entweder einen Stiel aus wie in unserem Fall (siehe Tabelle II; Nr. 3) oder bleiben mit breiter Basis dem Mutterboden aufsitzen. Im allgemeinen wachsen sie langsam; während der menses jedoch und in der Gravidität vergrössern sie sich schnell unter dem Einfluss der begleitenden Hyperämie, bilden sich jedoch im puerperium meist wieder zurück.

Mitunter erfolgen Blutergüsse in die Tumoren, sodass sie dann plötzlich zunehmen können. Durch tiefergreifende Ulcerationen wird in manchen Fällen der Tumor sequestriert.

Die Symptome, die sie hervorrufen, sind dieselben wie die der Elephantiasis, der sie ja im anatomischen Bau nahestehen.

Ihr Lieblingssitz scheinen die labia maiora, dann das perinaeum und schliesslich die Nymphen zu sein. Scanzoni operirte ein mannsfaustgrosses Fibrom der rechten grossen

Schamlippe, das bis in die Mitte des Oberschenkels herabhing.

Hierher scheint auch ein in hiesiger Klinik beobachter, nicht weiter benannter Tumor zu gehören. (Siehe Tabelle II; Nr. 4.)

Schliesslich sei es mir gestattet, über einen erst in jüngster Zeit in hiesiger Frauenklinik beobachteten Fall etwas ausführlicher zu berichten:

Petronika Liebl, Zimmermeistersfrau, 38 Jahre alt, verheiratet seit 18 Jahren.

Vater † an Altersschwäche, Mutter an Darmleiden. Als Kind machte die Patientin Diphterie und später Bleichsucht durch.

Erste Menstruation mit 15 Jahren; dieselbe dauerte gewöhnlich 3 bis 4 Tage, war ziemlich stark und kehrte alle 4 Wochen wieder.

4 Entbindungen spontan; 9 Kinder leben und sind gesund. 1 Abort im 3. Monat, hervorgerufen durch einen Fall. Seit 6 Jahren leidet Patientin an starken Magenbeschwerden und grosser Nervosität.

Status praesens: Mittelgrosse, kräftige Frau mit mässigem paniculus adiposus und zahlreichen alten striae. Am hinteren Ende des lab. maius sin. befindet sich ein orangengrosser, von blasser Haut verschieblich überzogener Tumor, der bis in die Nähe des tub. ischii gehend nach innen von demselben und zwar in der Nähe des lab. min. einen ganz dünnen Strang zeigt. Die Oberfläche des Tumors etwas gelappt. Derselbe ist prall elastisch, nur mässig derb, nicht so fest, wie man es bei Fibromen oder Fibromyomen findet; gleichwohl muss in erster Reihe an diese Neubildungen gedacht werden, erst in zweiter an ein Lipom; für ein Sarcom ist der Tumor zu langsam gewachsen und besteht auch schon zu lange.

Behandlung: Durch einen runden Schnitt nahe der Basis wurde die Haut durchtrennt und spiralig gegen die Basis vorgegangen. Links mussten einige grössere Gefässe unterbunden werden.

Der Tumor wurde glatt herausgeschält und zeigte sich in seinem vorher als Stiel gefühlten Teil von matt durchscheinender, einem Sarcom ähnlicher Consistenz und Farbe. Nach Stillung der Blutung durch versenkte Catgutsuturen wurde zur Vereinigung der Hautwunde geschritten, und dieselbe durch fil de Florence-Näthe erzielt. Da in der Mitte der Wunde die Spannung sehr beträchtlich war und die Haut nach dem Knoten der Fäden etwas abgeblasst erschien, wurde parallel der Wunde nach aussen ein $4^1/_2$ cm langer Schnitt durch die Haut gemacht, was die Spannung verminderte.

Auf dem Durchschnitt zeigte sich der Tumor als ein mattröthliches, ödematöses Gewebe, von blassen breiteren und schmäleren Bindegewebszügen durchsetzt.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass wir es mit einem Fibrom zu thun haben, das in einem Netzwerk von geronnenem serum Bindegewebsfasern und in den Zwischenräumen weit auseinander stehende verästetelte Zellen zeigt.

In den ersten Tagen nach der Operation klagt Pat. über heftige Kopfschmerzen, ist sehr aufgeregt und muss öfter katheterisiert werden; schliesslich bietet sie das ausgeprägte Bild einer Hysterika.

Am 2. XII. werden die Suturen entfernt. Appetit gut. Die Wunde ist wenig schmerzhaft und mit guten Granulationen bedeckt.

Am 9. XII. Aetzung der etwas zu reichlichen Granulationen mit dem lapis.

Am 18. XII. wird Pat. der völligen Heilung nahe entlassen.

Zum Schluss möchte ich mich noch der angenehmen Pflicht entledigen, meinem hochverehrten Lehrer, Geheimrath Prof. Dr. von Winckel, für gütige Ueberlassung des Stoffes und Herrn Dr. Faltin für die mir so liebenswürdig gewährte Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Benützte Litteratur.

Schröder, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.
Hildebrandt, Krankheiten der äussern weiblichen Genitalien.
v. Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
v. Winckel, Pathologie der weiblichen Sexualorgane.
v. Winckel, Die kgl. Universitätsfrauenklinik zu München.
Lesser, Lehrbuch der Hautkrankheiten.
Virchow, Die Geschwülste.
Klob, Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane.
Rindfleisch, Gewebelehre.
Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.
Esmarch und Kuhlenkampff, die elephantiastischen Formen.
Marduel, Du traitement de l'Eleph. par la ligature de l'artére principale du membre.
Eppner, Arterienligatur bei Elephantiasis Arabum.
L. Mayer, Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin 1872.
Jayakar, Med. Times 1871, Vol. I.
Veh, Centralblatt für Gynäkologie und Geburtshilfe V.
Wernher, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie V.
Mazziotti, Centralblatt für Gynäkologie 1879, 5.
Fritsch, Centralblatt für Gynäkologie 1880, 9.
Rosenkranz, In.-Diss. Berlin 1873.
Edmund Sander, In.-Diss. Würzburg 1889.
L. Schultheiss, In.-Diss. München 1879.
A. Karfunkel, In.-Diss. München 1890.
Voit, In.-Diss. Berlin 1890.
Vogt, In.-Diss. München 1883.
Fritz Fisch, In.-Diss. Bonn 1885.
Lutzenberger, In.-Diss. München 1894.
Schwartz, In.-Diss. Berlin 1893.
Mertz, In.-Diss. Breslau 1885.

Tabelle Nr. 1.

Carcinoma vulvae.

Jahr	Name, Alter, Stand	Anamnese	Geburten	Beschwerden	Sitz der Krankheit	Behandlung	Erfolg
1885	Witter Barbara, Schmiedmeistersfrau verheirathet seit 1871	Als Kind Masern und Scharlach; menses mit 19 Jahren. Infection zugestanden.	11, davon 3 durch Forceps und 1 Fehlgeburt	Seit 3 J. pruritus. Seit 1¼ J. Vergrösserung der Labien.	Carcinoma labii min. utriusque, praeputii, clitoridis, lab. maioris dextri.	Entfernung der Wucherungen mit Scheere u. Paquelin	Der Heilung nahe entlassen.
1886	Riedl Franziska, 57 Jahre, Maurersfrau, seit 1861 verheiratet	Als Kind Masern u. Scharlach; menses mit 16 Jahren. Seit 10 J. Menopause. Infection negirt.	8	Seit 1885 Schmerzen im Kreuz. Im Jahre 1885 Operation. Nach 6 Wochen Recidiv. Blutungen. Seit ½ Jahre vulva links geschwollen.	Hühnereigrosses Carc. des linken lab. mai. Metastasen in der vagina, ausgehend von einem Carc. des uterus. Am Oberschenkel bläulichrote linsengrosse Knötchen.	—	Inaperabel entlassen.
1887	Steiler Helene, 62 Jahr, Gürtlersfrau, verheiratet seit 1865	Mit 15 Jahren fieberhafte Krankheit. Eine Schwester † an ulcus cruris.	3	Seit 1 Jahr Brennen an der vulva. Seit ¼ Jahr übelriechender Ausfluss. Anschwellung des rechten lab.	Carcinom der rechten grossen Schamlippe. Auf dessen Innenfläche ulcus rodens, das das lab. min. d. zerstört hat und oberhalb der vorderen Commissur auf die linke Seite übergegriffen hat. An Stelle d Urethralmündung tiefer Trichter. Rechts Ing.-Drüsen geschwellt.	Abtragung mit ferrum candens.	Gebessert entlassen.
1887	Arnold Ursula, 66 Jahr Dienstmagd	Mutter † an Magenverhärtung, menses mit 14 Jahren.	3	Vor 3 J. Schmerzen an der vulva und Schwellung. Fluor albus u. Blutungen.	Carcinom der lab. mai et min. Introitus und vagina von erbsengrossen papillomatösen Excrescenzen eingenommen.	Abtragung mit Thermokauter.	Gebessert entlassen.
1888	Aschl Genovefa, 62 Jahr, Taglöhnersfrau, verheiratet seit 25 Jahren	menses mit 18 Jahren; mit 51 Jahren Menopause.	3	Seit September 1887 links vom introitus schmerzhafte Verdickung, die schnell gewachsen ist.	Am introitus stark geschwellte, ulcerierte, mit schmierig. Belag bedeckte Partien, besonders am l. lab. mai. Das l. lab. min. fast ganz abgetrennt und unterminiert. Aehnlich die clitoris. Leistendrüsen geschwellt u. empfindlich.	Mit Paquelin werden das lab. min. sin., das lab. mai. sin. und Partien an der clitoris u. rechts vom introitus abgetragen.	Geheilt entlassen.
1889	Kinzel Magdalena, 60 Jahr, Taglöhnersfrau, verheiratet seit 15 Jahren	Als Kind Cholera; menses mit 19 J., stets regelmässig, mit 15 J. Menopause.	3	Schmerzen und Schwellung der Genitalien.	Birnengrosses Carcinom des rechten lab. mai.	Abtragung mit dem schneidenden Paquelin. Einige Knoten in der Tiefe werden zurückgelassen.	Gebessert entlassen.
1890	Fischer Therese, 48 Jahr, Müllersfrau	?	?	?	Carcinoma papillomatosum lab. mai. sin.	Abtragung mit Paquelin.	Geheilt entlassen.
1892	Grasecker Marie, 58 J., Näherin, led.	Als Kind Masern u. Scharlach.	—	Seit 2 Jahren häufige Blutungen, Schmerzen im Kreuz und an den Schenkeln.	Exulceriertes Carcinom d. rechten u. linken grossen Schamlippe. Knoten am mons Veneris, nates und in der vagina. Inguinaldrüsen geschwellt.	Ausschabung mit Paquelin.	† an Erschöpfung.
1892	Wimmer Elise, 42 Jahr, Bäuerin	?	?	?	Metastatisches Carcinom im linken lab. maius nach Totalexstirpation d. carcinomatösen uterus. Inguinaldrüsen geschwellt, Vagina infiltriert.	Excision des Knotens im linken lab. maius.	Gebessert entlassen.
1893	Brumhuber Ursula 73 Jahr, Söldnerswitwe	Schwester † an Unterleibsleiden; menses mit 14 Jahren, Menopause im 52. Jahr.	5	Uebelriechender Ausfluss u. Schmerzen.	Cancroid der vulva.	Ausschälung.	Ungeheilt entlassen.

Tabelle Nr. 2.

Jahr	Name, Alter, Stand	Anamnese	Geburten	Beschwerden etc.	Diagnose und Sitz der Neubildung	Behandlung	Erfolg
Nr. 1. 1893	Matzelsberger Anna, 49 J., Schmiedfrau, verheiratet seit 25 Jahren.	Menses mit 16 Jahren, regelmässig.	1	Vor 20 Jahren bemerkte Patientin eine kirschgrosse Geschwulst am r. lab. maius, die schnell wuchs. Vor 2 Jahren Operation; seither häufig Blutungen und Schmerzen. Die Geschwulst recidivierte 4 Wochen nach der Operation. Secretion einer übelriechenden Flüssigkeit.	**Sarcoma vulvae.** Das rechte labium maius ist geschwellt, rötlich verfärbt. An der Innenseite des labium minus dext. ebenfalls eine 5-Markstückgrosse unebene mit Höckern versehene Geschwulst.	Abtragung mit dem schneidenden Paquelin.	Geheilt entlassen.
Nr. 2. 1890	Kern Katherina, 50 Jahr, verheiratet seit 1866.	Menses mit 16 Jahren, war nie krank.	keine	Vor 6 Jahren bemerkte Patientin am r. lab. maius ein Pünktchen, das sie beim Urinieren hinderte und schnell wuchs. Seit 4 Jahren eitern die Wucherungen.	**Lupus vulvae.** Das lab. maius d. zeigt 2 narbige, braun pigmentierte Stellen mit partiellem Albinismus, die bis zum Saum der urethra reichen, der mit Knötchen besetzt ist. Linkerseits ulcera. Wahrscheinlich lupus perforans; zu einer Perforation ist es noch nicht gekommen, da vorher operiert wurde.	Rechts Excision eines 3 cm breiten Stücks mit dem schneidenden Paquelin.	Geheilt entlassen.
Nr. 3. 1887	Angermaier Franziska 66 Jahr, verheiratet seit 1850.	Menses seit dem 17. Jahr, stets regelmässig.	9	Mechanische Gehbehinderung. Ausfluss.	**Fibromata pendula** und inversio pariet. vag. ant.	Abtragung mit Paquelin.	Geheilt entlassen.
Nr. 4. 1892	Eichner Maria, 50 Jahr alt.	Menses seit dem 19. Jahr.	keine	Vor 5 Jahren bemerkte Patientin an den äusseren Geschlechtsteilen eine nur langsam wachsende Geschwulst.	**Fibroma lab. maioris sin.** Apfelgrosser, beweglicher, derber Tumor, mit glatter Oberfläche, ohne Stiel. Die Haut darüber verschieblich.	Ausschälung des Tumors.	Geheilt entlassen.